Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.06.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*Virtueller Konferenzraum* [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
    - Lars Schaade
    - Lothar Wieler
- AL3
    - Osamah Hamouda
- ZIGL
    - Johanna Hanefeld
- FG12
    - [redacted]
- FG17
    - [redacted]
- FG31
    - [redacted]
- FG 32
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
- FG34
    - [redacted]
- FG36
    - [redacted]
- FG37
    - [redacted]
- IBBS
    - [redacted]
    - [redacted]
- Presse
    - [redacted]
    - [redacted]
- ZBS1
    - [redacted]
- ZIG1
    - [redacted]
- BZGA
    - [redacted]

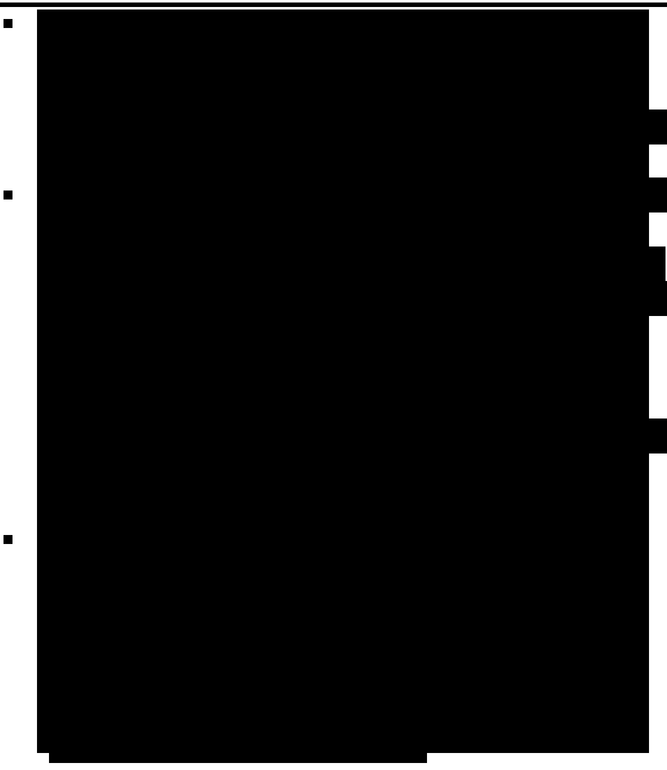
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: >9 Mio. Fälle und >470.000 Todesfälle ▪ Fallzahlen in Brasilien, USA und Indien steigen an, mit kurzen Verdopplungszeiten von nur 15-19 Tagen. Auch in Südafrika Verdopplung von 50.000 auf 100.000 innerhalb von 14 Tagen (zuvor Verdopplung auf 50.000 innerhalb von 94 Tagen). ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: ▪ Von 16 Ländern wurde der Grenzwert von 50 Fällen in den letzten 7 Tagen/100.000 Ew. überschritten. Belarus und Nordmazedonien liegen knapp darunter. Südafrika und Äquatorialguinea sind dazugekommen. Keine Veränderung in Asien. ▪ Saudi-Arabien: Einreisen aus dem Ausland zum Hadj in diesem Jahr werden nicht zugelassen. ○ Veränderung 7-Tage-Inzidenz zur vorhergehenden ▪ Anstieg in um >50% ist zurückzuführen auf 15 neue reiseassoziierte Fälle, die sich derzeit in „managed isolation" befinden. ▪ In Australien wurde ein „Testing blitz" durchgeführt mit Vans und Krankenwagen, die in den Hotspots Testungen anbieten. ▪ Insgesamt ist ein Anstieg der Fallzahlen in Europa zu verzeichnen, zurückzuführen v.a. auf Ausbrüche und auf den Anstieg in Osteuropa. ▪ [redacted] ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ <u>Brasilien</u>: Die Fallzahlen steigen konstant an. Es wurde angekündigt die Teststrategie zu verändern: Bisher wurden nur hospitalisierte Personen getestet, nun sollen auch leichtere Fälle getestet werden. ▪ <u>Indien</u>: Die Fallzahlen in Indien steigen immer weiter an, v.a. in Delhi. ▪ <u>USA</u>: Anstieg v.a. in den Südstaaten, zurückzuführen auf Lockerung von Maßnahmen trotz weiterhin hoher Fallzahlen.	ZIG1

- Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage,
  - Bemerkenswert hier v.a. Kolumbien: insg. 80.000 Fälle und allein in letzten 7 Tagen 20.000 Fälle.
- Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
  - Kirgisistan: 4000 Fälle insgesamt, 1300 Fälle in den letzten 7 Tagen.

National FG32/alle

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 192.556 (+477), davon 8.948 (4,6%) Todesfälle (+21), Inzidenz 232/100.000 Einw., ca. 177.100 Genesene
  - Geringerer Anstieg der Fälle als am Do/Fr der Vorwoche. Der Anteil der Verstorbenen fällt um 0,1% auf 4,6%. In NRW v.a. mittelalte Erwachsene betroffen.
  - R-Werte: R = 0,57 (95%-Prädiktionsintervall: 0,48 – 0,70), 7-Tage-R = 1,02 (95%-Prädiktionsintervall: 0,95 – 1,10) (Stand 26.06.2020)
  - R-Wert ist so niedrig aufgrund des starken Anstiegs in den Tagen zuvor. Der konservativere 7-Tage-R-Wert liegt derzeit auch um 1, beide werden jedoch in den nächsten Tagen wieder ansteigen.
  - In den BL gibt es bei den meisten nur einstellige 7-Tages-Inzidenzen. In BE derzeit die höchste 7-Tage-Inzidenz mit 11 und NRW mit 9,2.
  - [redacted]
  - Ausbrüche:
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]

	 ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o Labortestungen: ▪ Analog zu den Fallzahlen stieg in der KW25 der Positivenanteil. In der KW25 wurde insgesamt deutlich mehr getestet. Die Testkapazitäten haben sich im Vergleich zur Vorwoche nochmals erhöht, auf nun 1,1 Mio Teste. o Die Aussage, dass „Ausbrüche in Allgemeinbevölkerung übertreten“ klingt diskriminierend, da es die Personen im Ausbruch von der Allgemeinbevölkerung ausnimmt. Es kann zudem die Risikowahrnehmung der Bevölkerung dahingehend verändern, dass sie sich nicht betroffen fühlen. Es könnte vielleicht kommuniziert werden, dass nur wenn die Bevölkerung sich an die Empfehlungen hält, kein Übertrag in weitere Bevölkerungsteile geschieht. Die Risikogruppen müssen trotzdem benannt werden (Arbeits- und Wohnbedingungen). o Laut COSMO-Studie hat sich die Risikowahrnehmung nicht groß verändert. Leichter Anstieg der Wahrnehmung als niedriges Risiko (21 auf 26%), aber im Trend konstant. • Signale Bericht (Folien hier): o Es geht um ein Früherkennungstool auf Landkreisebene, inspiriert von der Berliner Ampel, dem internen Papier zu Früherkennungsfaktoren und den PISA Indikatoren. Es werden SurvNet, DIVI- und ARS-Daten gebündelt. Der Bericht ist im Lageberichtsordner des aktuellen Tages verfügbar. Es	FG31/alle

	wird derzeit ein einfaches Voting verwendet – dies kann noch verbessert werden. Ebenso wie die Grenzwerte noch angepasst werden können. Weitere Analysen zu Ausbruchsdaten sollen noch zugefügt werden. ○ Unklar ist derzeit ob es der schnellen Einschätzung oder der Exploration dienen soll. Außerdem ist unklar ob es ein einfaches schnelles Tool oder ein komplexer sein soll. ○ Sehr positive Rückmeldung vom Krisenstab. Anmerkung, dass Intensivbetten (Schwere im PISA System) nicht unbedingt der Frühwarnung dienen, da zu dem Zeitpunkt die Fälle schon im Meldesystem erfasst werden. Für die Frühwarnung für die Intensivbetten werden derzeit auch andere Tools entwickelt. Grundsätzlich sollte die Plattform im besten Fall auch für andere Krankheiten nutzbar sein. Grenzwerte sollten so angepasst werden, dass es nicht zu sensitiv ist, da sonst ggf. eine tatsächliche Situation sich nicht heraushebt. Die Indikatoren könnten gewichtet und eine Kombination verwendet werden. Eine Betrachtung der versch. Altersgruppen wäre eine gute Ergänzung. Der Verlauf über die Zeit könnte auch ein klareres Bild geben („Fingerabdruck" des LK über die Zeit), allerdings keine historischen Daten vorhanden, nur Trend. ○ Zunächst sollten Erfahrung mit dem Signale-Bericht gesammelt werden und dieser regelmäßig im Krisenstab vorgestellt werden. Im zweiten Schritt könnten die Landesstellen einbezogen werden und im Anschluss könnte er ggf. veröffentlicht werden, wenn er entsprechend optimiert ist. Das Ziel ist, dass die Öffentlichkeit den Bericht einsehen kann, dies müsste aber gut kommunikativ begleitet werden.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Heute erneute Abstimmung zur Risikogebieten, Südafrika hat hohe 7-Tages-Inzidenzen. [redacted] wird den Prozess ansprechen, aber ab Mitte nächster Woche greift wahrscheinlich die EU-Regelung. • ZIG4 fährt heute auf eine SEEG-Mission nach Togo um den Aufbau von Diagnostik zu unterstützen. • [redacted] unterstützt in Tadschikistan die Etablierung eines Labornetzwerkes im Land. • Datum für die WHO-Mission nach Turkmenistan ist der 06.07. und vom RKI fährt [redacted] mit. Die Regierung dort verleugnet das Vorkommen von COVID-19. • Es wird ein Emergency Medical Team nach Armenien reisen. Die letztendliche Zustimmung der Regierung fehlt aber noch. • [redacted] ist in Kamerun zur Unterstützung.	ZIGL

	• [redacted] hat ein Gespräch mit dem WHO-Landesbüro in Äthiopien, ggf. wird dort unterstützt. • [redacted] Angebot von möglichen Vaccine-Trials in der Region. Johnson and Johnson werden dort Vaccine Trial durchführen und auch Studien aus DE willkommen. • Es gab ein Meeting zu einer Zusammenarbeit mit den Vereinigten Arabischen Emiraten und dem Fraunhofer Institut, vermittelt von PricewaterhouseCoopers. Eigentliches Projekt nicht so interessant (da Auftagsforschung und Rolle von pwc unklar), aber das Fraunhofer Institut macht ein sehr interessantes Maßnahmenmonitoring auf LK-Ebene in Form einer Modellierung (mit Gesundheitsversorgungsdaten). Es gibt auch ein Projekt zum Maßnahmenmonitoring in Bielefeld. Eine weitere Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer Institut sollte angestrebt werden. • Grundsätzlich sind alle Dienstreisen im RKI ausgesetzt, höchstens im Kontext von COVID-19 möglich, aber auch hier sollte genau geprüft werden. Oben genannte DR über SEEG etc. organisiert, die Versicherungsschutz haben.	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • Nicht besprochen	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BZgA, alle

	[redacted] **Presse** • Derzeit v.a. Anfragen zur App, die weitergeleitet wurden, ansonsten nur kleine Themen.	Presse
	Neues aus dem BMG • [redacted]	BMG
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** [redacted] • [redacted] • Anlass war ein Artikel, der in Pneumologie publiziert werden sollte, in dem sich die Autoren eher kritisch zu MNB geäußert haben. • Die fachliche Empfehlung zum Tragen der MNB sollte nicht zurückgenommen werden, die fachliche Empfehlung ist nicht von der Risikobewertung abhängig. • Die Risikobewertung und die allgem. Empfehlungen sollten zudem nicht vermengt werden, da es andernfalls zur Verwirrung in der Bevölkerung kommen könnte. Insgesamt wird es schwierig sein zu kommunizieren, dass wenn das Risiko auf moderat gesetzt wird, trotzdem die Regeln eingehalten werden müssen. Grundsätzlich Risiko auf Bevölkerungsebene schwer zu vermitteln. • Im ECDC Risk Assessment wurde differenziert, ggf. könnte man daran angelehnt kommunizieren, dass Personen, die sich nicht an AHA-Regeln halten ein höheres Risiko haben. - Grundsätzlich könnte überlegt werden, ob direkt auf ECDC-Risikobewertung verwiesen wird. **Umgang mit Reisenden und Durchreisenden:** • Bisher wurde bei Reisenden davon ausgegangen, dass die Isolation, wie auch die Quarantäne von engen Kontaktpersonen vor Ort erfolgt. Aber es gibt vermehrt Diskussionen/Anfragen zum Umgang und zur Durchreise durch DE im Auto von laborbestätigten SARS-CoV-2-Fällen bzw. engen Kontaktpersonen.	FG36/alle FG32/alle

	• Man muss unterscheiden in fachliche und regulatorische Fragen: Fachlich wird vom RKI klar empfohlen die Isolierung/Quarantäne vor Ort durchzuführen. Es wäre schwer vermittelbar, wenn Fälle hier in DE isoliert werden, aber Fälle aus anderen Ländern durchreisen könnten. Es sollte, wie auch bei anderen Erkrankungen höchstens Sondertransporte geben. • Regulatorisch könnte es allerdings Probleme geben, da z.B. Spanien keine gesetzliche Grundlage hat Kontaktpersonen am Reisen zu hindern und die Kosten für die Unterbringung werden nicht übernommen. Diese Fragen könnte ggf. das AA klären. **b) RKI-intern** **Fortführung der Diskussion bei TOP Kommunikation zur Kontaktaufnahme zum Zentralrat der Sinti und Roma:** • Eine Kontaktaufnahme sollte im besten Fall von politischer Seite (BMG) geschehen und könnte von RKI-Seite vorbereitet werden: Bericht an BMG mit Vorschlag auf politischer Ebene Kontakt herzustellen. • Der Kontakt zur Integrationsbeauftragten wurde an [redacted] vermittelt. Es sollte geklärt werden, ob Kontakt schon hergestellt wurde. • [redacted] und [redacted] haben Erfahrungen mit Einbeziehungen unterschiedlicher Communities und wären sehr geeignet die Aufgabe zu übernehmen. *ToDo: Wege erarbeiten, wie man über gezielte Ansprache der Communities auf lokaler Ebene (Integrationsbeauftragter, GÄ) oder über den politischen Weg (BMG – Zentralrat der Sinti und Roma) die Compliance verbessert und Akzeptanz für die Maßnahmen schafft.*	alle
8	**Dokumente** **FAQ: Blutgruppen als Risikofaktoren für schwere Verläufe von COVID-19** • Studie wonach Polymorphismen mit schwerem COVID-19 Verlauf mit Lungenversagen assoziiert sind. Ein Polymorphismus ist auf dem Lokus für Blutgruppe A gelegen. • Insgesamt ist der Anteil von Personen mit Blutgruppe A Rh+ höher. Patienten mit Blutgruppe 0 haben möglicherweise protektiven Effekt. • Die Studienlage ist jedoch unklar und Evidenz nicht sehr stark, ggf. gibt es auch einen Einfluss auf Infizierbarkeit und ACE-Rezeptoren ggf. unterschiedlich bei verschiedenen Blutgruppen verteilt. Es könnte auch ein Effekt der Antikörper bei Blutgruppe 0 gegen A sein, den man nicht genauer definieren kann. • Therapeutisch und prophylaktisch folgt daraus keine Konsequenz, FAQ wurden vorbereitet.	FG34
9	**Labordiagnostik** • ZBS1: 1500 Proben, 171 SARS-CoV-2 positiv, zuvor 1078 Proben, 79 SARS-CoV-2 positiv. COMO-Studie: 289 Proben , alle negativ.	ZBS1 FG17

	• FG17: 199 Einsendungen am NRZI, davon 30 Rhinovirus positiv, 1 Parainfluenza positiv, 1 RSV positiv, keine SARS-CoV-2 positiven Proben	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung** • Das Dokument wurde nach Rückmeldungen aus der Ärzteschaft überarbeitet und vereinfacht. • Eine Entisolierung bei einem Ct-Wert >30 wird nur im Kontext von schweren Verläufen erwähnt. • Beim medizinischen Personal kann in Situation von Personalmangel eine mögliche Verkürzung im Einzelfall vorgesehen werden (nach 48 Stunden Symptomfreiheit und zwei negativen PCR-Untersuchungen im Abstand von mindestens 24 h). Die Informationen zur vorzeitigen Entisolierung von medizinischem Personal sind in keinem anderen Papier zu finden und sollten daher weiter hier erwähnt werden. • Der Krisenstab stimmt dem Papier zu. **Veränderung der KoNa-Kriterien** • Laut WHO-Empfehlung Personen 4 Tage vor Symptombeginn symptomatisch. Dies wird durch FG36 geprüft und im Krisenstab besprochen. • Derzeit nur „Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 ab dem 2. Tag vor Auftreten der ersten Symptome des Falles“. Es sollte eine Formulierung ähnlich „Kontakt zu Person mit laborbestätigtem SARS-CoV-2 Nachweis 2 Tage vor Abnahmedatum“ eingefügt werden.	IBBS [redacted] FG32
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** [redacted] **Weitere Ausbrüche** • S.o.	FG32
12	**Surveillance** **Bericht von Signale** • S.o.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** **(nur freitags)** **Konzeptpapier** • Das Konzeptpapier COVID-19 Prozesse Flugverkehr befindet sich derzeit in Abstimmung zwischen der AGI und der AG IGV benannte Flughäfen. Es soll entweder als Empfehlung der AGI	FG32

	oder als Empfehlung des RKIs in Zusammenarbeit mit den für die nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämtern veröffentlicht werden.	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** **Aufstockung der Schicht in der internationalen Kommunikation** • In den letzten Tagen kam es zu immer mehr KoNas im wieder zunehmenden internationalen Flugverkehr. Die Position Internationale Kommunikation wurde daher wieder auf 2 Personen pro Schicht aufgestockt. **Verkürzte Lagezentrumsschichten** • Die Zeiten des Lagezentrums wurden auf 9 – 17 Uhr verkürzt, die derzeitige Arbeitslast spricht allerdings für eine Wiederausdehnung. Die zweite Schicht dauert meist sehr lang. • Die Lagezentrumsschicht am Wochenende von 10 – 17 Uhr ist ausreichend, es kommen am Wochenende nicht mehr so viele Anfragen. • [redacted] **Allgemein:** • Nächste Woche ist die letzte Sitzungswoche des Bundestags vor der parlamentarischen Sommerpause bis Ende August. Es wird eine deutliche reduzierte Anzahl an parlamentarischen Anfragen erwartet.	FG32 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Ausschuss für Gesundheit am 01.07. ○ [redacted] hat einen Tagesordnungspunkt und soll die derzeitige Situation, insbesondere im Bezug auf die Ausbrüche in Schlachthöfen darstellen. *ToDo: LZ erstellt einen Sprechzettel für* [redacted]	FG32, [redacted]
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 29.06.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	